

50

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean DUMONT

Né à Dormans (Marne), le 9 janvier 1895

Théorie nerveuse du Psoriasis

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIER	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Médecin-Vétérinaire

*Qui fut mon meilleur guide dans
la vie et dont le dévouement et la
conscience professionnelle me ser-
viront toujours d'exemple.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma ten-
dresse filiale et de toute ma recon-
naissance.*

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEANSELME

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

A MES ANCIENS MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

et

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE PARIS

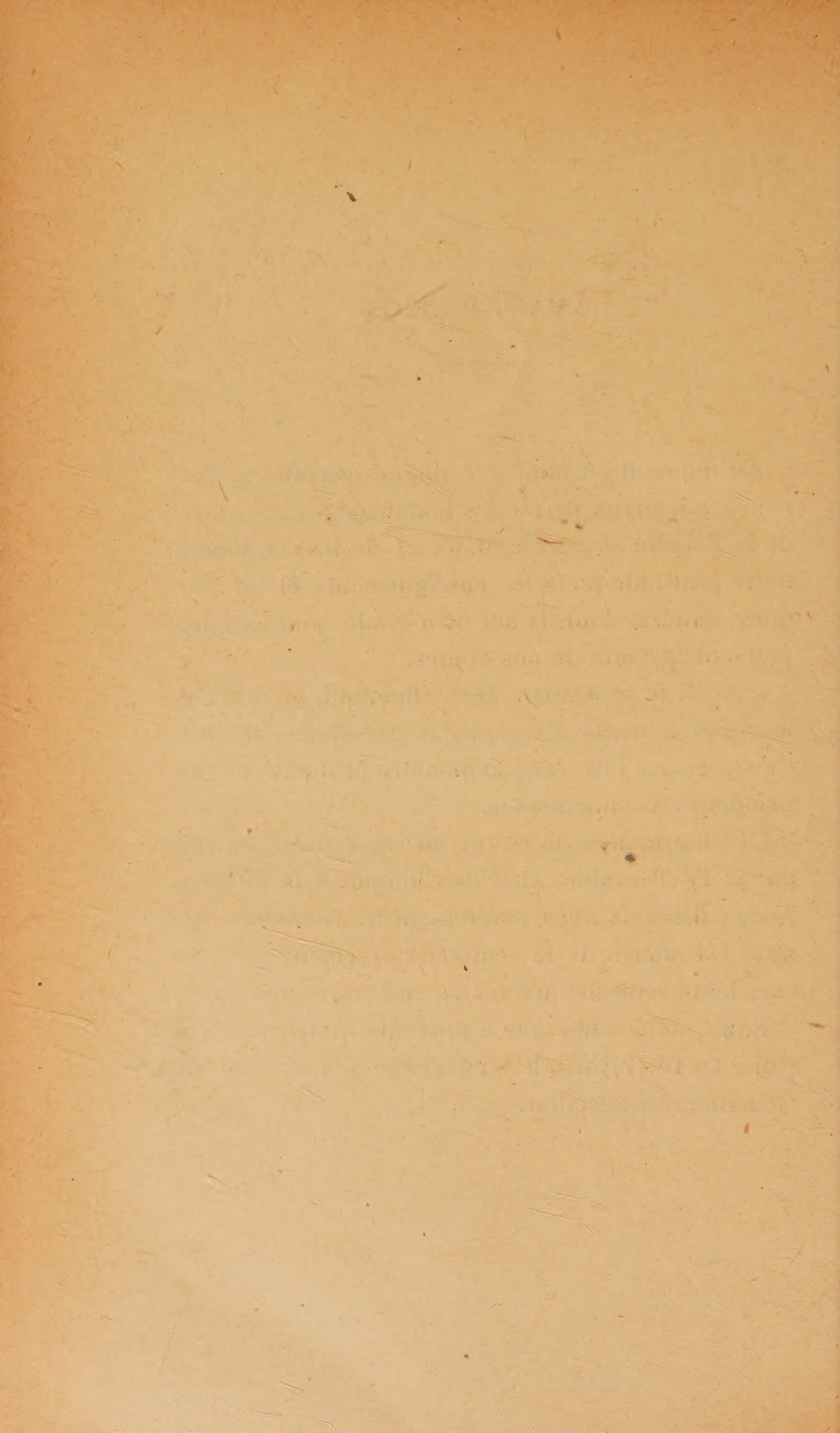
AVANT-PROPOS

Au moment où nous terminons nos études, nous sommes heureux de rendre hommage à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux et de leur témoigner notre gratitude pour les enseignements et les marques d'intérêt dont ils ont bien voulu nous entourer pendant le cours de nos études.

Que M. le professeur Jeanselme, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

L'idée première de ce travail nous a été fournie par le Dr Touraine, chef de Clinique à la Faculté. Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte de le remercier vivement pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Enfin, nous adressons à tous nos amis, en particulier au Dr Guyard, le témoignage de notre sincère et inaltérable affection.



Théorie nerveuse du Psoriasis

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

INTRODUCTION

La pathogénie du psoriasis a soulevé et soulève encore de nombreuses discussions ; aucune des hypothèses émises ne satisfait entièrement l'esprit.

Nous n'avons pas l'ambition de départager les avis et, dans notre thèse, nous nous proposons simplement de mettre en valeur le rôle du système nerveux dans le psoriasis.

Les cas où l'éruption de psoriasis présente une disposition zoniforme ou métamérique, ou survient à la suite d'un choc moral, ont, de tout temps, attiré l'attention des auteurs. A notre grande surprise aucun travail n'en a réuni les observations pourtant si précieuses ; cela constituera une partie de notre tâche.

Le Dr Touraine nous a obligeamment communiqué les résultats d'un certain nombre d'examens de liquide céphalo-rachidien qu'il a pratiqués chez des

psoriasiques ; nous rapporterons les faits nouveaux et intéressants qu'il a réunis.

Nous nous proposons donc, après avoir esquissé brièvement l'historique de la question, d'exposer dans un premier chapitre l'état actuel de la théorie nerveuse.

Le second chapitre sera réservé à l'énoncé et à l'interprétation des résultats obtenus par la ponction lombaire.

Nous le ferons suivre des observations que nous avons pu recueillir dans la littérature ou que le Dr Touraine nous a transmises ; ces dernières étant encore inédites.

De tous les faits découleront nos conclusions.

HISTORIQUE

Dans les premiers ouvrages médicaux on trouve déjà le mot « psoriasis ». Hippocrate, Galien, Aëtius, l'employaient pour désigner un état écailleux occupant la face et les organes génitaux ; les auteurs s'en servaient donc dans un sens différent de celui qu'il a aujourd'hui.

Au début du xix^e siècle on confondait encore la lèpre et le psoriasis. Ce fut Willan qui, le premier, employa le mot psoriasis pour désigner une dermatose différente de la lèpre qu'il classa dans un genre voisin.

Alibert range le psoriasis dans le groupe des dermatoses dartreuses. Bazin en fait une maladie herpétique de cause héréditaire appartenant au grand groupe des maladies pouvant se remplacer mutuellement : les diathèses.

En 1875, Charcot et l'Ecole de la Salpêtrière, mettent en lumière les rapports existant entre les altérations fonctionnelles ou organiques du système nerveux central et périphérique et certaines affections de la peau dont ils font des troubles trophiques ; ainsi diverses éruptions psoriasiformes sont étiquetées nerveuses.

H. Leloir (1877) fait ressortir l'influence exercée par les chocs moraux sur l'apparition de certaines poussées de psoriasis.

Bourdillon, dans sa thèse (Paris, 1888), a fortement contribué à mettre en lumière l'idée que le psoriasis est sous la dépendance de causes nerveuses.

A l'étranger, Polotebnoff, Kuznitzky, Harvey, apportèrent de nouveaux arguments à cette conception et s'en firent les champions convaincus.

De nos jours les travaux se sont multipliés en vue d'élucider l'étiologie et la pathogénie du psoriasis.

Pour les uns, le psoriasis serait une réaction cutanée spécifique, une maladie autonome, reconnaissant vraisemblablement pour cause une infection ou un parasite.

Pour les autres, le psoriasis serait une réaction cutanée non spécifique, un syndrome, pouvant relever de causes différentes : traumatisme, syphilis, tuberculose, intoxication, troubles du métabolisme, troubles endocriniens, troubles nerveux.

THÉORIE NERVEUSE

Avant Bourdillon la plupart des dermatologistes invoquaient, pour expliquer l'origine du psoriasis, toutes les causes possibles de maladie.

En relisant les travaux sur ce sujet, on est frappé du peu de précision de leurs arguments et Hébra le confesse volontiers en déclarant que sa longue expérience ne peut lui permettre de déduire la plus petite conséquence positive sur les causes de la maladie.

C'est donc en 1888 que, pour la première fois, Bourdillon, dans sa thèse, apporta plus de précision dans la question.

Frappé de la coexistence fréquente d'arthropathies chez des psoriasiques, il entreprit l'étude détaillée de celles-ci et, par leur nature, par les phénomènes concomitants, il les assimila à certains troubles trophiques d'origine nerveuse.

Son travail eut un grand retentissement ; il constitue encore à l'heure actuelle l'une des bases de la théorie que nous voulons soutenir tout au moins pour un certain nombre de cas.

La disposition des éléments éruptifs entraîne fatalement l'esprit dans le sens d'une intervention des centres nerveux. Quelle que soit l'intensité et la forme de l'éruption, la symétrie qu'elle présente est presque toujours perceptible et parfois très frappante. Dans certains cas le fait est tellement net que l'on peut voir un groupement d'éléments psoriasiques formant des dessins semblant calqués l'un sur l'autre dans des régions absolument symétriques et laissant indemnes, à droite et à gauche, des régions exactement similaires.

En général l'éruption affecte une disposition longitudinale aux membres, tandis qu'au tronc la disposition est le plus souvent perpendiculaire à l'axe du corps et ceci rappelle bien l'orientation générale des nerfs périphériques.

Bien souvent même, lorsqu'il est possible d'assister à l'évolution d'un psoriasis, on voit que les lésions suivent simultanément sur les deux moitiés du corps deux routes constamment symétriques.

Nous ne pouvons rapporter de semblables observations car elles sont trop fréquentes pour être continuellement mises en relief et nous nous bornerons à citer le travail de Testu sur ce sujet.

Plus significatives encore sont les éruptions cantonnées sur un territoire nerveux systématisé, nous avons pu en réunir 9 cas que nous rapportons dans nos observations.

Nous avons été frappé de ce fait que l'éruption n'était jamais localisée au sens strict du mot et que des éléments épars se rencontraient sur d'autres parties du corps ; cependant la plus ou moins grande diffusion des lésions ne doit point éloigner l'idée d'une parenté avec le système nerveux.

Il faut au contraire songer à une lésion plus accentuée ou plus tenace au niveau d'une racine ou d'un segment médullaire ; à ce point de vue l'observation VIII est assez instructive car elle nous rapporte la disposition métamérique d'une plaque de psoriasis, seul reliquat d'un psoriasis généralisé.

A côté de ces observations, nous aurions pu citer celles de Gjorgevic, de Pungle, et de Rebreyend et Lombard où, chez des psoriasiques, des efflorescences de leur dermatose apparurent aux lieux et places du zona.

Mais il est évident que ces cas sont beaucoup moins probants et, nous basant sur les conclusions des expériences d'inoculation de M. le Professeur Jeanselme, nous sommes plutôt inclinés à penser que, là aussi, l'irritation cutanée provoquée par les vésicules de zona est seule à l'origine de la localisation.

Enfin la localisation unilatérale des lésions vient encore fortifier la notion d'une origine nerveuse ; toutefois cette localisation paraît fort rare puisque nous n'en avons trouvé que trois relations :

La première de Weidenfeld : Psoriasis unilatéral cantonné au côté droit chez un homme ayant eu

dans l'enfance une polyomyélite antérieure du côté gauche suivie de paralysie de tous les muscles de la jambe et du pied du côté correspondant.

La deuxième de Kuznitzky : Psoriasis mummulaire à localisation strictement unilatérale, développé sur le membre supérieur droit dans l'espace de deux mois et demi, à la suite d'un traumatisme (incision profonde par un couteau) chez un jeune homme de vingt ans.

La troisième de Moutier : Psoriasis localisé uniquement à la moitié droite du corps (épaule, coude, fesse, pli inguinal) chez un soldat ayant présenté un mois auparavant une hémiplegie droite de nature vraisemblablement névropathique.

* * *

Si l'on admet, et cela n'est pas discutable, que les lésions des cordons nerveux puissent provoquer des désordres cutanés dans le territoire qu'ils innervent, on peut concevoir que des troubles fonctionnels aient le même effet. Ainsi agiraient le surmenage intellectuel, les dépressions morales, les traumatismes, les émotions, les chagrins, la frayeur, la colère, en un mot, toutes les causes d'ébranlement profond du système nerveux, tous les chocs moraux, que l'on rencontre souvent à l'origine d'une première poussée de psoriasis.

De même les rechutes, les attaques réitérées sont sous la dépendance des mêmes causes.

Hébra avait nié ces influences sur la genèse du

psoriasis mais depuis, la plupart des auteurs les ont affirmées.

Les faits qui relatent le début soudain du psoriasis à la suite d'une violente émotion sont toutefois assez rares dans la littérature ; nous rapportons ici tous ceux que nous avons pu retrouver car ils nous semblent avoir une réelle valeur.

Besnier. — Homme victime d'un accident de chemin de fer. Huit jours après poussée aiguë de psoriasis.

Heulz. — Femme. Cuisinière à l'Hôtel-Dieu. Se rend à l'amphithéâtre au moment où l'on pratique une autopsie. Gagne sa chambre en proie à une vive émotion. Huit jours après son équipée se produit une éruption généralisée de psoriasis.

— Homme. Psoriasis apparu à la suite d'une frayeur horrible due à une chute de cheval au cours d'une charge de cavalerie.

— Homme. Garçon de café il aide un de ses amis à descendre un tonneau dans une cave. Par suite d'une fausse manœuvre le tonneau se libère et vient écraser cet ami.

Psoriasis au bout de quelques jours. Après seize ans de guérison complète le malade fait une nouvelle poussée à la suite d'une forte perte d'argent.

Du Castel rapporte un fait analogue.

Barthélemy et Fournier. — Homme. Condamné à mort pendant la commune, il est conduit devant le peloton d'exécution, l'ordre de surseoir arrive au dernier moment. Psoriasis cinq à six jours après cette grosse frayeur.

Heulz rapporte une observation identique qui nous paraît provenir du même sujet.

Hardy. — Homme. Il manque de se noyer dans une pièce d'eau, et, à la suite de l'effroi causé, présente un psoriasis.

Audry. — Meunier. Il entre dans la chambre où tourne l'arbre des meules pour y prendre un objet, fait un faux pas et tombe de telle sorte qu'il effleure l'arbre et manque d'être

saisi par une courroie. Il évite de peu une mort certaine et s'en va en proie à une vive émotion. Le soir même il se plaint de vives démangeaisons ; celles-ci persistent et sont plus accentuées le lendemain. Enfin le surlendemain apparaissent les premières papules d'un psoriasis typique qui, en l'espace de quelques jours, couvre tout le corps. Prurit persistant. Le malade n'aurait jamais présenté la moindre affection cutanée.

Balzer. — Homme. Se promène dans la rue avec ses enfants. A un moment donné sa petite-fille lui échappe et vient rouler sous un tramway. Il eut à peine le temps de la retirer. Presque aussitôt il est pris de tremblement, de fièvre et doit s'aliter. Le lendemain apparition des premiers éléments d'un psoriasis guttata typique se généralisant très rapidement.

Leloir. — Jeune prêtre très nerveux et très émotif n'ayant jamais eu d'éruption cutanée. Il est poursuivi par un chien enragé et ne doit son salut qu'à une porte qu'il put fermer derrière lui. A peine remis de son émotion il éprouve des douleurs névralgiques dans les mains et le cou et, deux jours après, apparaît sur le corps une éruption de psoriasis guttata.

— Homme. Se met dans une colère terrible. Le lendemain il éprouve des démangeaisons et, trois jours après, apparaît un psoriasis guttata et punctata généralisé. Aucune éruption antérieure.

— Femme. Au cours d'une discussion avec son mari elle eut un tel accès de rage qu'elle tomba par terre sans connaissance et eut une épouvantable crise de nerfs. Le lendemain elle était couverte, depuis la ceinture jusqu'aux cheveux, d'une quantité considérable de petites papules de psoriasis.

Bodin. — Fillette âgée de douze ans. Bien portante antérieurement. Rencontre dans la campagne un ouvrier qui la poursuit en la menaçant d'un couteau ; elle s'enfuit et, rentrée chez elle, doit s'aliter, prise d'un tremblement très marqué avec sensation de constriction à la gorge. Ces symptômes persistent deux semaines environ et, au moment où ils disparaissent, survient une éruption typique et abondante de psoriasis.

Cunningham. — Jeune homme accablé par un psoriasis rebelle et par l'état embarrassé de ses affaires. Il fait un héritage ; à la suite de cette heureuse nouvelle son psoriasis guérit.

Brocq. — Femme. Allant au théâtre elle laisse son bébé âgé de quatre mois en garde à sa domestique. En rentrant elle trouve cet enfant étouffé à côté de la domestique endormie. Secousse nerveuse intense. Quarante-huit heures après poussée aiguë de psoriasis qui se généralise en vingt-quatre heures. Pas de poussée antérieure.

Moutier. — Soldat. Enfoui par une explosion de marmite il éprouve une commotion intense avec obnubilation prolongée. Quinze jours plus tard apparaît un psoriasis guttata généralisé. Blessé de nouveau six mois après, son psoriasis entre en régression et celle-ci débute au niveau de la blessure.

Gaucher et Klein. — Marin. Eruption de psoriasis survenue brusquement à la suite de l'émotion violente éprouvée de l'explosion du cuirasse « Iéna ».

— Soldat. Blessé par une balle se logeant dans la boîte crânienne. Les lésions cérébrales se traduisent par des troubles psychiques. Le malade reste pendant deux mois dans un état demi-comateux. Au moment de la convalescence il est atteint pour la première fois d'une poussée de psoriasis typique.

— Soldat. Commotion cérébrale due à l'explosion d'un obus. Psoriasis consécutif. Aucune affection cutanée antérieure.

Femme. Psoriasis apparu le lendemain même du bombardement de l'Hôtel de Ville d'Arras. Pas de psoriasis dans les antécédents.

— Soldat. Projeté par le déplacement d'air dû à l'éclatement d'un obus, il eut une forte commotion cérébrale qui le laissa sans connaissance. Brusquement, quatre jours après, il remarque une éruption généralisée sur tout le corps. Antérieurement le malade avait eu une poussée de psoriasis.

Jourdanet. — Psoriasis apparu de façon soudaine et pour la première fois chez des soldats ayant subi dans les tranchées une commotion violente par bombardement.

A ces observations nous ajouterons le fait que la plupart des dermatologistes déclarent avoir été frappés de la proportion tout à fait inusitée de psoriasis pendant la guerre. Il est évident que, dans ces cas, l'esprit est naturellement porté à voir une relation de cause à effet entre les fortes émotions du moment et la dermatose.

* * *

Du reste l'éruption de psoriasis est fréquemment accompagnée de troubles nerveux divers.

Rendu a publié une observation où, au niveau des plaques, la sensibilité tactile et thermique était notablement émoussée bien que les squâmes aient été en partie enlevées. La douleur était, par contre, perçue aussi bien que sur les parties voisines; l'affection était très prurigineuse.

Harvey regarde comme un fait presque constant chez les psoriasiques un certain degré d'hyperesthésie cutanée.

L'observation VIII due à Balzer et Alquier nous montre de l'hyperesthésie cutanée au niveau d'une plaque de psoriasis, cette hyperesthésie se continuant au delà suivant une disposition métamérique.

Brissaud signale que l'on observe très souvent des troubles sécrétoires tels que la suppression des sueurs ou leur apparition en un point limité et le développement exagéré des poils sur un ou plusieurs segments de membres.

Besnier, Bourdillon, Leloir ont rencontré parfois de l'exagération des réflexes.

Bien des malades se plaignent de fourmillements, engourdissements, impatiences, douleurs fulgurantes, spasmes, secousses musculaires, priapisme. D'autres sont sujets à des névralgies de siège et d'intensité variables, à des myalgies ; ils peuvent avoir des contractions musculaires ordinairement transitoires parfois permanentes, ou, au contraire, des parésies et même des paralysies.

La forme de psoriasis est quelquefois si particulière qu'on l'a désignée sous le nom de psoriasis douloureux.

Dans ce cas l'éruption serait un symptôme accessoire et la douleur le symptôme principal, attribuable, selon Brissaud, à l'irritation spinale.

Les accidents névropathiques sont communs chez les psoriasiques ou chez leurs ascendants ; l'instabilité de caractère, l'irritabilité, le nervosisme, l'hystérie, la migraine, l'épilepsie, les convulsions, la chorée, l'asthme, sont parmi les plus fréquents.

Nous avons recherché dans la pathologie nerveuse si, comme conséquence possible d'une lésion médullaire, on signalait le psoriasis. Seul, Brocq, en fait mention parmi la grande variété des affections accompagnant la syringomyélie.

De même, le vitiligo, la pelade, considérés par beaucoup comme étant d'origine nerveuse, coexistent quelquefois avec le psoriasis. Cunningham, Dujardin, Du Castel ont attiré l'attention sur ces faits.

Dujardin s'est attaché à étudier les rapports du psoriasis avec certaines névrodermites caractérisées par le prurit et la tendance à la lichénification ; il en conclut que les deux affections ont entre elles de grandes affinités et reconnaissent une même cause. Il rapporte une observation fort intéressante où une névrodermite typique s'est transformée, *in situ*, en un psoriasis typique.

* * *

Un dernier argument en faveur de la théorie nerveuse du psoriasis est fourni par la présence d'arthropathies particulières chez certains malades atteints de la dermatose.

Elles se rencontrent dans la proportion de 3 à 5 o/o et ont avec le psoriasis des connexions si intimes que l'on doit penser naturellement à une origine commune unique.

Ces arthropathies se produisent généralement dans les cas de psoriasis grave ; elles ont une évolution éminemment chronique, mais leurs exacerbations coïncident avec celles de l'éruption.

Bien souvent elles présentent au début le tableau clinique de la forme arthralgique ou douloureuse ; elles aboutissent finalement à la forme arthropathique déformante dont Bourdillon distingue deux variétés : arthropathies partielles ; arthropathies généralisées affectant, soit le type du rhumatisme osseux, soit le type du rhumatisme fibreux. On

rencontrerait ces arthropathies beaucoup plus souvent chez les hommes que chez les femmes, les nouures feraient presque toujours défaut et ces deux particularités permettraient, d'après Bourdillon, d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un rhumatisme déformant classique.

A ces caractères différentiels il faut ajouter ceux constitués par la progression et l'allure plus brusque de l'affection, la présence non exceptionnelle d'hydarthrose et l'absence de toute régularité dans l'envahissement.

Nous devons à Belot et Chaperon l'étude de la radiographie de ces arthropathies. Les surfaces articulaires sont érodées, elles ont perdu la netteté de leurs contours ; l'interligne articulaire est rétréci, sinon disparu ; on note souvent des productions anormales vraisemblablement ossifiées au voisinage des jointures ; enfin, on remarque en plus une raréfaction très nette du tissu osseux qui, tout en conservant sa structure présente des détails moins confluent, moins denses qu'à l'état normal.

Les deux auteurs pensent qu'il s'agit vraisemblablement de troubles d'ordre trophonévrotique et ceci vient confirmer l'opinion de Bourdillon qui insiste sur l'analogie complète entre les arthropathies psoriasiques et les arthropathies nerveuses, particulièrement celles qui ont une origine périphérique et surtout médullaire.

M. le Professeur Jeanselme nous a fait observer qu'il avait été frappé par l'aspect de certaines arthro-

pathies psoriasiques où les doigts sont droits, atrophiés et effilés de la base à l'extrémité, et recouverts d'une peau amincie et scléreuse. Ce type correspond à celui que Bertein décrit dans certains cas d'ostéopériostite blennorragique ; or, Fournier, Jacquet, Jeanselme, ont expliqué cette complication par l'altération des centres trophiques articulaires touchés par la toxine gonococcique.

Même s'il nous était impossible de faire aucune distinction entre les déformations articulaires du psoriasis et les déformations articulaires du rhumatisme chronique déformant l'origine nerveuse des premières n'en serait pas moins vraisemblable puisque bon nombre d'auteurs ne reconnaissent pas d'autre étiologie aux secondes.

Ainsi, de quelque côté que l'on envisage cette question des arthropathies psoriasiques, on est toujours ramené vers l'hypothèse d'un trouble trophique et de l'étroite relation de ces arthropathies avec l'éruption, on est en droit de penser que celle-ci est sous la dépendance d'une même cause nerveuse.

*
* *
*

Malheureusement l'anatomie pathologique est à peu près silencieuse sur la nature des lésions à incriminer. Vidal et Leloir qui ont examiné les nerfs cutanés, Kopp qui, en 1822, a fait également seize examens, n'ont rien trouvé.

Jeanselme, dans deux cas suivis d'autopsie, a pu

déceler des névrites périphériques peu considérables sans aucune altération du névraxe, mais il prend bien soin d'ajouter que l'âge avancé des malades pouvait à lui seul justifier les lésions.

On ne relève en somme qu'un résultat positif dû à Jacquet ; celui-ci, pratiquant une autopsie chez un grand psoriasique avec arthropathies, a constaté des lésions très nettes de myélite cavitaire.

C'est là une indication bien infime quoique fort intéressante et nous devons déclarer que, jusqu'à présent, nous ne pouvons nous baser sur aucune preuve matérielle précise.

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

On sait tout le parti que la clinique a su tirer de l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien au cours de certaines maladies du système nerveux.

A ce point de vue il paraissait logique de pratiquer la ponction lombaire au cours des manifestations du psoriasis. Cependant peu d'auteurs semblent l'avoir fait, car on ne trouve que quelques recherches dans ce sens.

Ravault a étudié la rachicentèse dans les affections cutanées, mais il n'a envisagé qu'un côté de la question, visant surtout le but thérapeutique. Au sujet du psoriasis il est fort bref, il signale seulement une légère décoloration des plaques pendant les quelques jours qui suivent la ponction. En somme, en ce qui nous intéresse, nous avons pu enregistrer : un résultat négatif de Pierre Kahn : psoriasis fébrile avec psychose toxi-infectieuse et endocardite en évolution, liquide céphalo-rachidien normal ; deux observations dues à Leredde ; un regret de Guérin, qui, frappé des rapports du psoriasis avec le système nerveux, déplore de n'avoir pu, au moins dans certains cas, étudier le liquide céphalo-rachidien.

Le Dr Touraine a été plus heureux ; il a observé 24 malades chez lesquels la ponction lombaire lui a permis d'obtenir du liquide.

Dans la plupart des cas, les recherches eurent pour objet : la numération des leucocytes à la cellule de Nageotte, la réaction de Wassermann, le dosage du sucre, le dosage de l'albumine au rachi-albuminimètre de Sicard et Cantaloube, sauf dans deux cas où l'on eut recours à l'échelle dosimétrique de Marcel Bloch.

Chez 6 malades, il fut même possible de pratiquer une deuxième ponction une quinzaine de jours après la première, ce qui permet d'obtenir les éléments susceptibles de renseigner sur l'évolution ultérieure des phénomènes observés.

*
* * *

Le liquide céphalo-rachidien s'est montré souvent anormal. Avant tout, la leucocytose nous a paru constituer le point le plus important de l'anomalie et c'est par son étude que nous voulons aborder la question.

Nageotte et Levi-Valensi ont admis que la pathologie commençait avec trois lymphocytes par champ.

Avec Guy Laroche nous considérerons comme réaction lymphocytaire légère tous les cas où les leucocytes ne dépasseront pas 6 ou 10 éléments par millimètre cube et comme réaction leucocytaire moyenne ou abondante tous les cas où les leucocytes

atteindront 10, 15 ; 50 éléments et plus par millimètre cube.

Sur vingt-quatre ponctions nous trouvons : une réaction abondante (obs. XII) et dix réactions légères (obs. XIII, XIV, XX, XXIII, XXIV, XXV, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII) ce qui nous donne une proportion de 45,83 o/o de recherches positives.

Toutefois cette proportion est fort relative. Car, après une simple vue d'ensemble, l'esprit est frappé de la discordance des résultats obtenus chez les psoriasiques dont la poussée récente, intense, généralisée, est encore en évolution avec ceux obtenus chez les psoriasiques dont l'éruption est ancienne et torpide, ou, quoique récente, est restée discrète.

Nos observations comprennent 15 cas satisfaisant aux conditions du premier groupe. Dans onze d'entre eux (obs. XII, XIII, XIV, XX, XXIII, XXIV, XXV, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII) la réaction lymphocytaire est nette, dans deux autres elle est à la limite (obs. XXI, XXVI) enfin dans les deux dernières elle est négative (obs. XXVII et XXX).

Si nous ne tenons compte que des faits indiscutables nous arrivons cette fois à la proportion vraiment impressionnante de 73,33 o/o de recherches positives.

Devant un tel chiffre il ne paraît guère possible d'admettre que le hasard seul ait pu amener la coexistence du psoriasis et d'une affection du sys-

tème nerveux s'accompagnant de lymphocytose rachidienne légère ou moyenne.

On pourrait peut-être incriminer la syphilis et cela ferait plaisir à ceux qui, comme Leredde, cherchent à montrer la fréquence de cette maladie à l'origine de bien des dermatoses et en particulier du psoriasis. Les observations répondent d'elles-mêmes à cette objection. Chez les vingt-quatre malades la recherche de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien a été faite quatorze fois, soit dans 58,33 o/o des cas ; bien plus, dans les 11 cas à réaction lymphocytaire nette, qui, plus que tous les autres, attirent l'attention sur une syphilis probable, cette recherche a eu lieu sept fois soit dans 63,63 o/o des cas. Les résultats ont tous été négatifs. Cette constatation n'est pas en faveur de la syphilis ; il nous paraît beaucoup plus simple et plus logique d'admettre une cause plus générale. Du reste une augmentation légère du nombre des lymphocytes a été constatée dans des affections cutanées autres que le psoriasis. C'est ainsi qu'Hutinel (*Presse médicale*, 1909, p. 208) a montré l'existence d'une réaction méningée dans les érythèmes chez les enfants ; il fait remarquer que, dans bien des cas, il n'a relevé aucun antécédent spécifique et il émet l'hypothèse qu'« une même réaction névropathique peut se produire à la fois sur la peau et sur les méninges ».

L'ensemble des ponctions nous a permis d'étudier l'évolution de la réaction lymphocytaire. Pour

l'exposé de nos idées nous croyons utile de reproduire un tableau fort démonstratif.

Obs. 32. — 3 lymphocytes par mmc. 8 jours après le début de la poussée.

—	5,59	—	22	—
Obs. 12.	— 73	—	15	—
—	22	—	32	—
Obs. 14.	— 3,5	—	21	—
—	2,59	—	38	—
Obs. 31.	— 3,5	—	21	—
Obs. 29.	— 5,3	—	28	—
Obs. 25.	— 5,73	—	28	—
Obs. 13.	— 4,4	—	30	—
Obs. 28.	— 3,4	—	30	—
Obs. 24.	— 3,4	—	49	—
Obs. 26.	— 2,79	—	56	—
Obs. 23.	— 3,8	—	60	—

Nous remarquons que suivant l'époque de la poussée à laquelle on a pratiqué la ponction lombaire, les résultats fournis ont été très différents.

Nous ne possédons qu'un seul cas (obs. XXXII) où l'examen du liquide a pu être fait huit jours après le début de la poussée ; à ce moment, il y avait déjà une réaction lymphocytaire légère, cette réaction a été confirmée par un nouvel examen pratiqué quatorze jours après le premier, nous notons même une augmentation du nombre des lymphocytes et nous sommes amenés à supposer qu'au début de l'éruption, la lymphocytose va en s'accroissant graduellement.

Les observations XII et XIV, où l'examen du liquide a pu également être répété, nous montrent au con-

traire une diminution de la lymphocytose à la seconde ponction. Toutefois cette seconde ponction au lieu d'être faite vingt-deux jours après le début des poussées ne l'a été que trente-deux et trente-huit jours après.

Ainsi la réaction méningée s'atténuerait peu à peu à partir d'un certain maximum.

Il est bien difficile de déterminer le moment où se produit ce maximum, cependant l'ensemble de notre tableau nous permet de le placer entre la troisième et la quatrième semaine.

Passé deux mois, la réaction lymphocytaire, comme du reste dans les éruptions récentes mais discrètes, est toujours négative.

Aucune de nos observations n'est en contradiction avec cette assertion et nous pouvons penser qu'il doit en être ainsi dans tous les cas.

L'albuminimétrie nous a permis de faire des constatations à peu près identiques aux précédentes. Le taux de l'albumine est généralement augmenté dans les cas récents à éruption généralisée ; le plus souvent il atteint ou dépasse très peu le chiffre de 0 gr. 30 par litre que Mestrezat considère comme la limite d'un état pathologique. Les variations sont parallèles à celles de la lymphocytose et ne font en somme que les confirmer.

Le dosage du sucre n'a été pratiqué que dans huit cas (obs. 9, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32). Le sucre a été trouvé en quantité normale (0 gr. 48 à 0 gr. 58

par litre d'après Mestrezat) ou un peu supérieure à la normale (obs. 24, 29, 30, 32).

Parmi ces quatre dernières observations, trois d'entre elles (obs. 24, 29, 32) indiquent en même temps une réaction lymphocytaire. La quantité de sucre la plus importante, 0 gr. 80 par litre (obs. 32), correspond à une poussée datant de huit jours ; dans les deux autres cas le taux est beaucoup moindre, 0 gr. 50 par litre, mais les poussées datent respectivement de quatre et sept semaines.

Ainsi, comme pour l'albumine, la quantité de sucre observée est en rapport avec la lymphocytose rachidienne et dépend également de l'âge et de l'étendue des lésions du psoriasis

*
* *
*

L'intérêt des faits que nous venons de mettre en lumière est considérable. Dans presque tous les cas où la poussée de psoriasis est récente et intense l'exploration chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien nous a permis de déceler une lymphocytose légère ou moyenne avec souvent un peu d'augmentation d'albumine et le sucre normal ou augmenté.

Or l'ensemble de ces modifications nous fournit la preuve certaine d'une altération des centres nerveux avec participation des méninges au processus morbide.

Ces altérations suivent la même évolution que

l'éruption, elles sont d'autant plus nettes que celle-ci est plus intense, elles s'atténuent puis disparaissent avec elle.

Pourquoi ne pas songer dès lors qu'elles peuvent être à l'origine de la dermatose ? Nous ne voulons pas dire que tous les psoriasis reconnaissent une cause nerveuse, mais il est au moins certains cas où il parait difficile de soutenir le contraire.

Les lésions sont certainement provisoires puisqu'à un moment donné la peau et le liquide céphalo-rachidien recouvrent leur état normal. S'agit-il de myélite ou de ganglio-radiculite ?

Pour avoir quelques précisions à ce sujet il nous manque les preuves que pourraient nous fournir des examens nécropsiques pratiqués à la période où les recherches sont positives.

C'est peut-être dans ce sens que l'étude pathogénique du psoriasis est susceptible de faire les plus grands progrès.

OBSERVATIONS

a) Psoriasis dont l'éruption est répartie suivant une zone de distribution nerveuse systématisée.

OBSERVATION I (D^r A. Guérin)

Soldat atteint de psoriasis. A la face postérieure du bras et de l'avant-bras, l'éruption affecte particulièrement le territoire de la VI^e et de la VII^e paire cervicale. Mais la localisation sur les membres est trop banale pour que nous y insistions. Plus intéressante nous paraît l'étude du dos de la main. L'éruption s'étendait sur le dos de la main en ne dépassant pas une ligne transversale passant à 3 travers de doigt de l'apophyse styloïde du radius, sauf sur les parties latérales où la ligne se relevait un peu pour former un cercle à concavité supérieure. Dans le bas l'éruption s'étendait sur la paume et très peu sur le petit doigt, mais ne dépassait pas, pour les autres doigts, l'articulation de la grosse et de la moyenne phalanges. C'est-à-dire, en somme que, sur le dos de la main, elle occupait le territoire du cubital et du radial et respectait les doigts du milieu qui sont du domaine du médian à partir de la première phalange.

OBSERVATION II (D^r A. Guérin)

Soldat atteint de psoriasis. L'éruption du dos de la main n'occupait que son versant externe, innervé par le radial, et

ne s'étendait pas plus loin que le versant externe du médius qui forme la limite extrême de cette innervation.

OBSERVATION III (D^r G. Thibierge)

G... Paul, âgé de 44 ans, comptable, entre le 3 novembre 1893 dans le service. Il appartient à une famille de sujets à tendance nerveuse. Lui-même a toujours été nerveux, facilement impressionnable, pleurant facilement et d'un caractère très violent. Depuis 1870, à la suite d'un refroidissement il est atteint d'une sciatique récidivante du côté gauche.

Début de l'éruption par une plaque occupant le territoire du nerf saphène interne gauche ; il s'agit d'une longue bande occupant la partie interne de la cuisse dans son tiers inférieur, se continuant sur le genou et sur la jambe où elle s'élargit de façon à se rapprocher de la crête tibiale et de la partie moyenne du mollet, puis se rétrécissant inférieurement pour s'arrêter un peu au-dessus de la malléole interne.

Puis apparition de plaques correspondant aux nerfs musculo-cutanés du plexus brachial. Chacune de ces plaques commence à l'union des trois quarts supérieurs et du quart inférieur du bras, à sa partie externe, descendant sur le pli du coude et occupant la partie externe de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'au poignet.

Les lieux d'élection sont pris en dernier lieu.

Intégrité du membre inférieur non atteint de névralgie. La sensibilité des diverses régions de la peau est conservée sous ses différentes formes ; le membre inférieur gauche, cependant, est peut-être un peu moins sensible.

OBSERVATION IV (D^r Hallopeau et E. Gasne)

Malade âgée de 8 ans. Elle aurait présenté, il y a deux ans, à la suite d'une chute, quelques placards de psoriasis au niveau des cuisses et du coude droit. L'éruption, non traitée, a toujours persisté au coude, mais elle a disparu aux aines, laissant des taches achromiques très nettes.

L'éruption actuelle présente une localisation spéciale au niveau du membre supérieur droit, la disposition est nettement métamérique : elle se présente sous forme d'une bande qui, partant à quelques centimètres de la ligne médiane, à la hauteur des cinquième et sixième vertèbres dorsales, se continue sans interruption sur la face postérieure du bras, de l'avant-bras et de la main. Au membre supérieur gauche les éléments paraissent dépasser peu la zone d'innervation du radial. Placards disséminés sur le reste du corps et relativement plus abondants au niveau des territoires innervés par le plexus lombaire.

Si nous cherchons à déterminer quels sont les trajets nerveux dont la sphère de distribution correspond aux parties intéressées du membre supérieur droit et de la partie correspondante du tronc, nous arrivons à reconnaître qu'ils sont multiples ; ce sont, en effet, la cinquième branche dorsale, le circonflexe, le radial et le cubital ; il en est ainsi dans le zona ; dans l'hypothèse d'une trophonévrose, il faudrait la rapporter à une origine métamérique.

OBSERVATION V (D^r F. Moutier)

M..., 27 ans, chaudronnier. Blessé le 7 septembre 1914 près de Montmirail par balle entrée au flanc droit et extraite dans la masse lombaire homonyme. Cet homme présenta par la suite une hémiplégie droite qui semble n'avoir été qu'un syndrome névropathique. Un mois après la blessure, apparition d'un psoriasis discret qui atteint en six semaines son épanouissement actuel : il sème ses éléments espacés sur la région scapulaire, à l'olécrane, sur la fesse et au pli inguinal, uniquement sur la moitié droite du corps.

OBSERVATION VI (D^r Brocq)

« Homme présentant une fine bande linéaire de un centimètre de large s'étendant depuis l'épaule droite jusqu'à la main. Il s'agissait cependant bien là d'un psoriasis au point

de vue élémentaire. C'est le seul cas zoniforme de cette affection, que j'aie jamais observé. »

OBSERVATION VII (D^{rs} Balzer et Lecornu)

L. A..., comptable, âgé de 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 6 juin 1901 pour une poussée récente de psoriasis. La maladie est apparue à 8 ans. En 1873, le malade a contracté un chancre syphilitique.

Avant la poussée actuelle de psoriasis le malade a éprouvé des démangeaisons vives avec cuisson.

Dans son ensemble le psoriasis se présente sous forme de placards disséminés sur le tronc, l'abdomen et les membres; mais sur le côté droit du corps où ils prédominent, les éléments affectent volontiers une disposition systématisée.

C'est ainsi qu'à droite et en arrière du thorax on observe deux larges placards allongés transversalement, moins obliques que les côtes moyennes qu'ils croisent et présentant une disposition zoniforme; le premier est à peu près dans la fosse sus-épineuse et parallèle à l'épine de l'omoplate; le deuxième suit la même direction transversale et est situé à la hauteur de l'angle de l'omoplate. Un troisième groupe plus petit est situé à quatre travers de doigt au-dessous du précédent, mais n'affecte pas la disposition zoniforme aussi nette.

OBSERVATION VIII (D^r Balzer et J. Alquier)

Malade âgé d'une soixantaine d'années. Entre à Saint-Louis en janvier 1901. Diabétique depuis quatre ans il est atteint en outre d'un psoriasis dont le début remonte à six ou sept ans. Or, depuis dix-huit mois, le psoriasis auparavant généralisé, a guéri presque complètement, à l'exception d'une bande haute de 6 centimètres environ, qui s'étend à presque toute la largeur du thorax, sur sa partie antérieure, répondant près du sternum, aux VII^e et VIII^e espaces intercostaux.

En arrière, on constate, du côté gauche, près de la colonne vertébrale, dans le prolongement de la bande antérieure, une plaque arrondie de psoriasis, d'un diamètre de 6 centimètres environ.

On ne saurait s'empêcher de rechercher une relation du psoriasis avec la métamérie cutanée: or précisément, on constatait au niveau de la bande de psoriasis une zone d'hyperesthésie cutanée, correspondant exactement à la dermatose en hauteur, mais ceignant complètement le thorax. On constatait, en outre, une deuxième zone d'hyperesthésie cutanée, correspondant aux VII^e et VIII^e espaces intercostaux, c'est-à-dire séparée, en arrière, de la précédente, par un espace où la sensibilité était normale, tandis qu'en avant, les deux zones se confondaient.

Il en résulte que, dans ce cas, l'on pourrait incriminer l'action d'une trophonévrose superposée à un trouble d'origine métamérique: nous nous empressons d'ajouter que ce n'est là qu'une simple hypothèse.

OBSERVATION IX (Professeur Jeanselme et Dr Touraine)

M... Henri, âgé de 47 ans. Quelques temps après une atteinte légère de grippe en septembre dernier, pendant la période hyposténique de sa convalescence il a remarqué quelques éléments papuleux rosés, squameux au grattage, sur la face dorsale du poignet gauche.

L'apparition des papules était annoncée et accompagnée par des démangeaisons parfois assez vives.

L'éruption constituée par des éléments échelonnés en série linéaire, a gagné progressivement, de bas en haut, en suivant l'axe de la face postérieure du membre supérieur gauche, puis elle est devenue horizontale et s'est éparpillée sur la région scapulaire gauche sans atteindre la ligne médiane.

Cette traînée psoriasique s'est constituée lentement, en trois semaines environ. Les éléments sont repartis sur une bande étroite de 3 à 4 centimètres de large et, par leur topo-

graphie, rappellent la disposition classique d'un zona (territoire de la première racine dorsale).

Le diagnostic ne peut être mis en doute. Le signe du coup d'ongle et celui de la rosée sanglante sont très démonstratifs. Il n'existe aucun trouble de la motilité, aucune sensation anormale, aucune douleur, aucun trouble sensitif, sécrétoire, vaso-moteur ou trophique sur le membre qui est le siège de la trainée psoriasique.

Quelques autres éléments typiques du psoriasis sont disséminés sur le cuir chevelu, le front, la fesse et la cuisse gauche.

Une ponction lombaire a été pratiquée. Le liquide, limpide, s'écoule rapidement, en gouttes et non en jet; il ne paraît pas hypertendu.

La numération à la cellule de Nageotte montre une faible leucocytose de 1,45 lymphocyte au millimètre cube.

Le glucose a été dosé par M. Pomaret, interne du service; il est de 0 gr. 30 par litre (moyenne 0 gr. 55).

La réaction de Wassermann s'est montrée complètement négative.

A l'albuminimètre de Sicard et Cantaloube, on compte 0 gr. 35 d'albumine au litre, c'est-à-dire encore un taux très faiblement supérieur à la normale.

b) Psoriasis avec ponction lombaire

OBSERVATION X (D^r Touraine)

D..., âgé de 18 ans. Atteint d'un psoriasis dont le début remonte à plusieurs années. Entre à l'hôpital le 11 juillet 1918 pour une seconde poussée ayant débuté il y a quinze jours. Les éléments, fort espacés, sont disséminés sur toutes les parties du corps avec prédominance aux membres inférieurs. Ils sont constitués en majeure partie de plaques de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc.

Examen du liquide céphalo-rachidien le jour même de l'entrée.

Leucocytes : 1,66.

Albumine : 0,22.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XI (D^r Touraine)

D... H., soldat au 42^e d'infanterie. Entre à l'hôpital, le 4 avril 1918 atteint d'un psoriasis dont le début remonte à six mois. Les éléments caractéristiques ont débuté aux lieux d'élection (coudes et genoux) et ont gagné progressivement et sans poussée aiguë les autres parties du corps.

La face dorsale de chaque main est entièrement recouverte par un placard qui s'arrête au niveau de la tête des premières phalanges et se prolonge en avant par une mince bande encerclant le poignet.

Examen du liquide céphalo-rachidien le jour même de l'entrée.

Lymphocytes : 1,2.

Albumine : 0,18.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XII (D^r Touraine)

D..., soldat. Psoriasis ancien. Il fait actuellement une forte poussée ayant débuté il y a quinze jours.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 6 juillet 1918.

Lymphocytes : 67,4 + Polynucléaires : 6,2 = Leucocytes : 73,6.

Albumine : 0,56.

Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 juillet 1918.

Lymphocytes : 20 + Polynucléaires : 2 = Leucocytes : 22.

Albumine : 0,50.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XIII (D^r Touraine)

B. ., soldat. Psoriasis récent datant de un mois. Les éléments sont encore en évolution.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 9 juillet 1918.

Lymphocytes : 4,4.

Albumine : 0,25.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XIV (D^r Touraine)

D..., soldat. Psoriasis récent apparu il y trois semaines.

L'éruption a débuté par les genoux et les coudes puis s'est généralisée rapidement et est devenue très intense.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 9 juillet 1918.

Lymphocytes : 3,5.

Albumine : 0,39.

Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 juillet 1918.

Lymphocytes : 2,13 + Polynucléaires : 0,46 = Leucocytes : 2,59.

Albumine : 0,33.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XV (D^r Touraine)

V..., soldat. Psoriasis ancien sans poussée aiguë.

Examen du liquide céphalo-rachidien, le 9 juillet 1918.

Lymphocytes : 0,26.

Albumine : 0,22.

Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 juillet 1918.

Lymphocytes : 0,40.

Albumine : 0,22.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XVI (D^r Touraine)

M... Psoriasis ancien sans poussée aiguë.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 9 juillet 1918.

Lymphocytes : 0,8.

Albumine : 0,11.

Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 juillet 1918.

Lymphocytes : 2,1.

Albumine : 0,18.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XVII (D^r Touraine)

V... Psoriasis datant de trois mois sans poussée aiguë.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 9 juillet 1918.

Lymphocytes : 1,6.

Albumine : 0,17.

Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 juillet 1918.

Lymphocyte : 1,4.

Albumine : 0,22

Wassermann négatif.

OBSERVATION XVIII (D^r Touraine)

F... Psoriasis léger dont la poussée remonte à dix jours ; il s'agit d'une forme disséminée à petits éléments occupant les avant-bras, les mains et les genoux.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 8 août 1918.

Lymphocytes : 0,73 + Polynucléaires : 0 = Leucocytes : 0,73.

Albumine : 0,22.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XIX (D^r Touraine)

B..., vingt et un ans. Psoriasis récent datant de quinze jours. L'éruption est discrète.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 9 août 1918.

Lymphocytes : 1,8.

Albumine : 0,33.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XX (D^r Touraine)

B..., trente ans. Psoriasis apparu il y a deux mois, les éléments occupent surtout les avant-bras, les cuisses et les genoux.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 10 août 1918.

Lymphocytes : 3,1 + Polynucléaires : 1,2 = Leucocytes : 4,3.

Albumine : 0,33.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXI (D^r Touraine)

C... Psoriasis récent datant de vingt-cinq jours. Les éléments sont répartis sur toutes les parties du corps.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 8 août 1918.

Lymphocytes : 2,6 + Polynucléaires : 0 = Leucocytes : 2,6.

Albumine : 0,28.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXII (D^r Touraine)

P... Psoriasis dont le début remonte à deux ans. La poussée actuelle date de huit jours.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 5 septembre 1918.

Lymphocytes : 1 — Polynucléaires : 0,4 = Leucocytes : 1,4.

Albumine : 0,22.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXIII (D^r Touraine)

L... Psoriasis généralisé et intense dont le début remonte à deux mois.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 28 octobre 1918.

Lymphocytes : 3,8.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXIV (D^r Touraine)

Mme L... Lucienne. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, le 8 mars 1919, pour un psoriasis guttata généralisé dont les éléments sont beaucoup plus denses au niveau de la face postérieure des bras et des jambes.

Il s'agit d'un psoriasis ancien, mais la poussée actuelle remonte à sept semaines.

Ponction lombaire le 19 mars 1919. Le liquide céphalo-rachidien est clair mais s'écoule rapidement.

L'examen fournit les résultats suivants:

Lymphocytes : 2,26 + Polynucléaires : 1,13 = Leucocytes : 3,40.

Albumine : 0,32.

Sucre : 0,60.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XXV (D^r Touraine)

T... Palmyre, quarante-trois ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, le 15 février 1919, pour un psoriasis généralisé.

La première poussée de la maladie est apparue à l'âge de dix ans, elle resta localisée au pied droit et dura trois mois.

A vingt-cinq ans, la malade aurait présenté pendant quelques mois une éruption cutanée siégeant à la face interne des cuisses, mais il est impossible d'en déterminer la nature.

Il y a un an, apparurent des plaques de psoriasis disséminées un peu partout ; la malade fut soignée à Lugol et en sortit complètement guérie.

Le début de la nouvelle poussée remonte à une semaine environ, les lésions ont commencé au niveau des pieds, mais se sont étendues rapidement sur tout le corps.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 19 mars, c'est-à-dire quatre semaines après la généralisation.

Lymphocytes : 5, 60 + Polynucléaires : 0,13 = Leucocytes : 5, 73.

Albumine : 0,30.

Sucre : 0,55.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXVI (Dr Touraine)

R... Germain. Agé de 25 ans. Soldat au 1^{er} groupe d'aviation. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit 35, le 16 décembre 1918, pour un psoriasis gyrata généralisé. A l'âge de 12 ans il aurait été atteint de rhumatisme articulaire aigu.

C'est aux armées, en novembre 1914, que le malade, a constaté pour la première fois l'apparition des éléments de psoriasis au niveau du dos. Ceux-ci s'étendaient peu à peu au point d'envahir en moins d'un mois toute l'étendue du corps. A ce moment le malade fut évacué à Provins puis à Montrejean où on le traita pendant quatre mois. Au bout de ce temps toute trace de psoriasis avait disparue.

Une nouvelle poussée se produisit en mai 1918, elle débuta cette fois au niveau des genoux et des coudes puis s'étendit progressivement comme la première fois. Malgré un traitement par les bains alcalins et des pommades cadiques les lésions sont restées jusqu'ici à peu près stationnaires.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 14 mai 1919 soit plus de dix mois après le début de la poussée.

Lymphocytes : 2,13 + Polynucléaires : 0,66 = Leucocytes : 2, 79.

Albumine : 0 36.

Sucre : 0,50.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XXVII (Dr Touraine)

L. . Isidore 33 ans. Soldat au 20^e régiment du train des équipages. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit

33, le 13 mars 1921 pour un psoriasis guttata généralisé. Au point de vue des antécédents pathologiques on relève chez lui quelques accès de fièvre palustre au mois de décembre 1917, alors qu'il était en Grèce. Ces accès ne se sont jamais reproduits depuis.

Au mois de mars 1918, pour la première fois, apparurent au niveau des coudes et des mains, les premiers éléments de psoriasis, ces lésions traitées à la vaseline salicylée guérèrent rapidement.

La nouvelle reprise de l'affection date du mois de février de cette année, les placards du coude s'élargirent peu à peu puis de nombreux éléments de l'étendue moyenne d'une pièce de un franc se répandirent sur le tronc et les membres.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 18 mars 1918 c'est-à-dire plus d'un mois après la poussée.

Leucocytes : 1,1.

Albumine : 0,30.

Sucre : moins de 0,30.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XXVIII (D^r Touraine)

S... Léon, 29 ans. Soldat au 39^e régiment d'infanterie. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit 32, le 19 juin 1919.

Comme antécédents pathologiques on relève chez lui une grippe en novembre 1918.

Il est atteint d'un psoriasis qui aurait débuté un mois auparavant par l'apparition de petits éléments sur les bras.

Actuellement les lésions, arrondies, de petite taille, sont disséminées sur le tronc et la racine des membres.

Prise de sang le 20 juin. Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 juin.

Lymphocytes : 3,2 + Polynucléaires : 0,2 = Leucocytes : 3,4.

Albumine : 0,30.

Réaction de Wassermann négative.

OBSERVATION XXIX (D^r Touraine)

Mlle F..., âgée de 18 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit 4, le 24 mars 1919, pour un psoriasis punctata généralisé.

Le début de sa maladie remonte à cinq ans. A cette époque seuls les jambes et les bras avaient été envahis.

Depuis, des éléments disséminés avaient persisté en plus ou moins grand nombre.

Il y a deux mois la malade eut une première poussée aiguë qui l'obligea à entrer une première fois à l'hôpital. Elle fut soignée salle Gibert et, il y a cinq semaines, elle en sortait complètement guérie.

Huit jours après, sans aucune cause apparente, se produisit une réapparition des éléments qui augmentèrent très rapidement de nombre et gagnèrent tout le corps.

Quatre semaines environ après le début de cette poussée aiguë on pratique une ponction lombaire.

Le liquide s'écoule rapidement mais n'est pas hypertendu.

L'examen donne les résultats suivants :

Lymphocytes : 4,6 + Polynucléaires : 0,7 = Leucocytes : 5,3.

Albumine : 0,30.

Sucré : 0,60.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXX (D^r Touraine)

Mlle C..., âgée de 19 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit 2, en mars 1919 pour un psoriasis guttata généralisé.

La première poussée est apparue à l'âge de six ans et a duré quelques mois.

Seconde poussée à l'âge de onze ans, à la suite d'une angine banale.

Enfin il y a six semaines, sans cause apparente, est survenue une troisième poussée qui, débutant par le cuir chevelu, a gagné peu à peu tout le corps.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 26 mars.

Le liquide céphalo-rachidien s'écoule lentement.

Lymphocytes : 0,3.

Sucre : 0,60.

Albumine : 0,30.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXXI (D^r Touraine)

G..., soldat, âgé de 38 ans. Il est atteint d'un psoriasis punctata généralisé dont les premières manifestations sont apparues dans l'enfance.

Au cours de son existence il eut plusieurs poussées aiguës. La dernière a débuté trois semaines avant son entrée à l'hôpital.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 8 avril 1919, jour de l'entrée.

Polynucléaires : 3 + Lymphocytes : 0,5 = Leucocytes ; 3,5.

Albumine (au Bloch) : 0,50.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XXXII (D^r Touraine)

Mlle D..., 28 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit 36 bis, en mars 1919, pour un psoriasis généralisé.

La première poussée de la maladie est apparue à l'âge de 12 ans ; à ce moment l'éruption était déjà très abondante et elle persista deux années.

Une deuxième poussée se produisit à 16 ans, mais dura peu de temps.

La troisième poussée eut lieu à 20 ans, elle fut très forte et ne céda qu'au bout de deux ans.

Enfin, en octobre 1918, à la suite d'une grippe, elle fit une

quatrième poussée qui dure encore et s'est exacerbée depuis huit jours à la suite d'ingestion de staphyllotoxine.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 25 mars 1919, jour de son entrée.

Lymphocytes : 2 + Polynucléaires : 1 = Leucocytes : 3.

Glucose : 0,80.

Albumine : 0,30.

Wassermann négatif.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 8 avril 1919, l'éruption n'ayant aucune tendance à la régression.

Lymphocytes : 3,73 + Polynucléaires : 1,86 = Leucocytes : 5,59.

Albumine (au Bloch) : 0,45.

OBSERVATION XXXIII (D^r Leredde)

B..., 46 ans. Psoriasis limité au gland et à la rainure balano-préputiale.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 17 juin 1921.

Gouttes normales.

Lymphocytes : 0,6.

Albumine : 0,30.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

OBSERVATION XXXIV (D^r Leredde)

Mme S..., 26 ans. Placards psoriasiques depuis une dizaine de mois sur le tronc. Tous les réflexes sont exagérés.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 13 octobre 1920.

Gouttes très rapides.

Lymphocytes : 1,6.

Albumine : 0,20.

Wassermann et Hecht dans le sang : négatifs.

CONCLUSIONS

1° De nombreux arguments cliniques justifient la théorie nerveuse du psoriasis ;

2° La cytologie rapporte une contribution intéressante à l'étude pathogénique en décelant, dans certains cas, une altération du liquide céphalo-rachidien ;

3° Cette altération comporte une augmentation du nombre des lymphocytes, du taux de l'albumine et parfois du sucre ; elle est de règle dans les cas où la poussée est récente et intense ;

4° Elle décline au fur et à mesure que l'éruption vieillit et s'atténue ; elle est toujours négative dans les cas anciens ou lorsque les éléments sont peu abondants ;

5° Elle est l'indice de lésions nerveuses qui paraissent ainsi être à l'origine de la dermatose et sur lesquelles nous ne pouvons encore qu'émettre des hypothèses ;

6° Afin de confirmer notre étude il est à souhaiter que l'on pratique plus souvent la ponction lombaire chez les psoriasiques.

Vu : le Président de la thèse
JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Adamson.* — Psoriasis arthropathique avec kératodermie (Ann. de Derm. et Syph., 1921, n^{os} 8 et 9).
- Audry.* — Psoriasis généralisé après un choc moral (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1900, p. 120).
- Article : Psoriasis (Pratique dermatologique. Masson, 1904, t. 4).
- Balzer et Alquier.* — Dermatoses linéaires (Arch. gén. de Méd., 1901, p. 717).
- Balzer et Faure-Beaulieu (Mlle).* — Psoriasis consécutif à un choc émotif (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1902, p. 322).
- Balzer et Lecornu.* — Contribution à l'étude des dermatoses linéaires (Ann. de Derm. et Syph., 1901, p. 936).
- Balzer et Burnier.* — Psoriasis et Arthropathies (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1911, p. 179).
- Bazin.* — Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau de nature arthritique et dartreuse, 1868.
- Belot et Chaperon.* — Radiographies des lésions et déformations articulaires dans le psoriasis arthropathique (Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. méd. de Paris, décembre 1909).
- Bertein.* — Les ostéopathies blennorragiques (Gaz. des Hôp., 1914, p. 293).
- Bodin.* — Psoriasis survenu à la suite d'un choc nerveux (Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest, 1904, p. 231).
- Bory.* — A propos de l'étiologie du psoriasis (Prog. méd., 1920, p. 281).
- Théories étiologiques et pathologiques du psoriasis (Paris méd., 1921, p. 200).
- Bouffé.* — Pathogénie du psoriasis, son traitement (Journ. de Méd. de Paris, 1803, p. 514).
- Bourdillon.* — Psoriasis et Arthropathies (Thèse Paris, 1888).

Brissaud. — Théorie nerveuse du psoriasis (Gaz. heb. de Méd. et de Chir., 1889, p. 134).

Brocq. — Ann. de Derm. et Syph., 1892, p. 261.

— Psoriasis arthropathique (Rev. gén. de Clin. et de Thérap., 1908, p. 549).

— Quelques réflexions sur l'étiologie du psoriasis à propos des récentes publications américaines (Ann. de Derm. et Syph., 1910).

— Précis atlas de pratique dermatologique (O. Doin, 1921).

Cazenave et Schedel. — Abrégé pratique des maladies de la peau, 1847.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1880.

Cunningham. — Psoriasis, a neurosis (Medical Record, 1912, p. 1031).

Déjerine. — Séméiologie des affections du système nerveux (Masson, 1914).

Du Castel. — Psoriasis (Rev. gén. de Clin. et de Thérap., 1903, p. 101).

Dujardin. — Psoriasis et névrodermites, relation d'une forme non décrite de névrodermite avec le psoriasis (Journ. de Méd. de Bruxelles, 1910, p. 317).

Fiessinger. — Les diagnostics biologiques en clientèle (Maloine, 1918).

Gaucher et Klein (Mlle). — Le psoriasis émotif et traumatique (Paris méd., 1916, p. 28).

Gaucher. — Etiologie et symptômes du psoriasis (Gaz. des Hôp. de Paris, 1912, p. 389).

Gjorgevic. — Coïncidence du zona et du psoriasis (Ann. de Derm. et Syph., 1912, p. 325).

Grelault. — Contribution à l'étude des dermatoses linéaires (Thèse Paris, 1901).

Guérin. — Notes sur l'étiologie et le traitement du psoriasis dans la zone des armées (Rev. gén. de Clin. et de Thérap., 1916, p. 153).

Hallopeau et Gasne. — Sur un cas de psoriasis à localisations suivant des sphères de distribution nerveuses

- (Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph., 1898, p. 327).
- Hallopeau et Constenſous.* — Eruption psoriasiforme en ruban (Ann. de Derm. et Syph., 1898, p. 1121).
- Hallopeau.* — Psoriasis tardif et accompagné d'un prurit d'une intensité exceptionnelle (Bull. Soc. de Derm. et Syph. Paris, 1911).
- Hamel.* — Etude étiologique sur le psoriasis (Thèse Paris, 1906).
- Hebra.* — Traité des maladies de la peau. Traduit et annoté par le Dr A. Doyon (Masson, 1869).
- Heulz.* — Psoriasis survenu à la suite de frayeur et d'émotion morale (Ann. de Derm. et Syph., 1886, p. 350).
- Hutinel.* — Réactions méningées dans les érythèmes chez les enfants (Presse méd., 1909, p. 209).
- Jeanselme.* — Du rôle des irritations cutanées dans la topographie du psoriasis (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1903, p. 337).
- Le psoriasis (Bull. méd., 1905, p. 675).
- Psoriasis et arthropathies (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1911, p. 190).
- Jeanselme et Touraine.* — Psoriasis zoniforme. Etude du liquide céphalo-rachidien (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1919).
- Jourdanet.* — Le rôle du système nerveux dans les dermatoses (Journ. de Clin. et de Thérap., 1920, p. 229).
- Kahn.* — Psoriasis fébrile avec psychose toxi-infectieuse (Bull. Soc. méd. des Hôpitaux, 1920, p. 1440).
- Kaposi.* — Maladies de la peau. Traduction de Besnier et Doyen, 1891.
- Kuznitzky.* — Œtiologie und pathogénie der psoriasis (Arch. für Derm. und Syph., 1897, p. 405).
- Cas de psoriasis nummulaire à localisation strictement unilatérale (Ann. de Derm. et Syph., 1897, p. 105).
- Labbé.* — Le cyto-diagnostic (Baillière, 1812).
- Laffitte.* — Article : Rhumatismes chroniques (Traité de médecine. O. Doin, 1902, t. II).
- Laroche (Guy).* — Examens de laboratoire (Masson, 1918).

Leloir. — Affections cutanées d'origine nerveuse (Ann. de Derm. et Syph., 1886).

— Leçons nouvelles sur les affections cutanées d'origine nerveuse (Ann. de Derm. et Syph., 1886, p. 727).

— Dermatoses par choc moral (Ann. de Derm. et Syph., 1887, p. 367).

— Dermatoneuroses (Journ. des Mal. cut. et syph., 1889-1890, p. 321).

Lenglet. — Article : trophonévroses (Pratique dermatologique. Masson, 1904, t. IV).

Leredde. — Nouvelles recherches sur les hémato-dermites syphilitiques (Bull. Soc. franç. de Derm. et de Syph., 1921, p. 406).

Mestrezat. — Le liquide céphalo-rachidien (Maloine, 1912).

Moutier. — Psoriasis et traumatisme (Rev. neur., 1916, p. 128).

Rasch. — Psoriasis (Hospitalotidende, 1898, p. 1095).

Ravault. — Les effets de la ponction lombaire sur quelques phénomènes cutanés (Press. méd., 1906, p. 817).

— La rachicentèse (Masson, 1910).

Rebreyend et Lombard. — Psoriasis développé consécutivement à un zona (Prog. méd., 1890, p. 529).

Rendu. — Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau (Ann. de Derm. et Syph., 1874-1875, p. 25).

— Arthropathies dans les maladies de la moelle (Soc. méd. des Hôp., 1878).

Testu. — De la symétrie dans les affections de la peau (Thèse Paris, 1876).

Thibierge. — Un cas de psoriasis avec localisations prédominantes sur le territoire du nerf saphène interne gauche et les nerfs musculo-cutanés du plexus brachial (Ann. de Derm. et Syph., 1893, p. 1186).

Tortellier. — Contribution à l'étude de l'étiologie du psoriasis (Thèse Paris, 1894).

Touraine. — La ponction lombaire dans le vitiligo (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 1919, p. 75).

Vignolo-Lutati. — Névrodermite linéaire psoriasiforme (Ann. de Derm. et Syph., 1913).

Weidenfeld. — Archiv. für Derm. und Syph., t. LXIV, p. 359.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	7
Introduction.....	9
Historique.....	11
Chapitre I. — Théorie nerveuse.....	13
Chapitre II. — Examen du liquide céphalo-rachidien..	26
Observations.....	34
Conclusions.....	50
Bibliographie.....	51